

Rischi della mobilità e “nuove” disabilità.

**Vivere dopo un incidente stradale.
Una prospettiva di discussione sulla
sicurezza della strada.**

Sintesi del rapporto di ricerca

Luca Trappolin e Barbara Garbin



“A 16 anni i miei amici avevano tutti la moto. Per non essere tagliato fuori, mi facevo trasportare dagli altri. Un week-end siamo andati in un posto e abbiamo conosciuto delle ragazze. Una mattina siamo andati a trovarle, abbiamo mangiato una pizza insieme e visto che si preannunciava brutto tempo abbiamo deciso di ripartire subito. Io ho proposto di prendere l'autostrada perché era più sicura della strada normale, piena di curve. C'era una curva che abbiamo preso troppo velocemente. Io ero dietro, e nel curvare con la moto abbiamo preso la pedivella. Il mio amico forse si è spaventato ed ha frenato. Siamo caduti contro il guard-rail. All'inizio mi sembrava di morire, perché dalla botta non riuscivo a respirare. Ho tentato di rialzarmi, ma ho visto che una gamba aveva il femore completamente spezzato. La gamba si gonfiava a vista d'occhio, perché un pezzo di femore aveva lesionato l'arteria. Per fortuna, dietro di noi c'erano dei poliziotti in borghese che hanno avvisato l'ospedale: è arrivato subito l'elicottero perché avevano capito che la cosa era grave. Quando sono arrivato all'ospedale ero cosciente solo a momenti. Hanno visto subito la grave lesione all'arteria e mi hanno operato. Dopo ho subito altri tre interventi, ma continuavo ad avere problemi alla gamba per via delle infezioni. Dopo qualche anno di calvario, dentro e fuori dall'ospedale, mi hanno consigliato di amputare la gamba: era troppo compromessa e non sarei mai stato meglio. Mi hanno spiegato che con le protesi moderne avrei potuto fare qualsiasi cosa. Dentro di me non accettavo di essere senza una gamba. Ho avuto parecchi problemi con le protesi, ci vuole molto tempo perché il moncone si stabilizzi in modo da permettere l'innesto di una protesi adeguata. Ho impiegato tre anni, ma poi tutto si è sistemato. Ora ho 31 anni, ho trovato un lavoro ed ho ricominciato a vivere”.

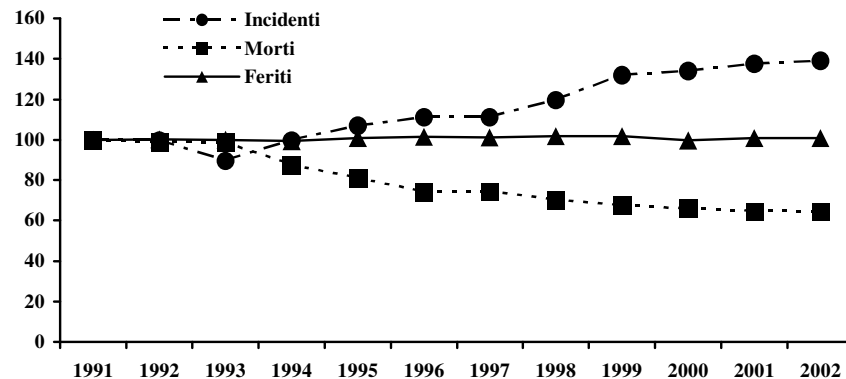
Recentemente, nel nostro Paese l'introduzione della cosiddetta “patente a punti” ha contribuito a riaccendere l'interesse attorno ad un tema che, seppure a fasi alterne, si è imposto con sempre più forza tanto nel dibattito pubblico quanto sul piano degli interventi istituzionali.

Nel tempo, la diffusione degli incidenti e delle loro conseguenze ha raggiunto dimensioni ragguardevoli in tutti i paesi europei. Tuttavia, nel confronto internazionale, l'Italia occupa una posizione scomoda attribuibile alla difficoltà di arginare il numero di incidenti e di ridurre in modo più significativo il numero dei morti.

Dalle rilevazioni del 1980, il numero di incidenti in Italia è aumentato del 45%, raggiungendo nel 2002 la cifra di 237.812, cui

corrispondono 6.736 morti e 337.878 feriti. Visto in una prospettiva di lungo periodo, l'attuale numero di infortunati rivela una riduzione degli indici di mortalità – cioè del rapporto tra i decessi ed il totale degli incidenti – ed una sostanziale stabilità degli indici riferiti ai feriti. Il grafico che riportiamo illustra l'andamento della situazione negli ultimi dodici anni, in cui gli indici di mortalità si sono quasi dimezzati:

Confronto tra numero di incidenti, indice di mortalità ed indice dei feriti, dal 1991 al 2002.



Il problema della sicurezza stradale coinvolge ampi strati di popolazione, ma si concentra soprattutto su quella maschile. Non è semplice definire il profilo statistico della vittima più colpita, ma ciò che balza agli occhi è che gli incidenti stradali costituiscono una causa di morte particolarmente elevata per le fasce di età dai 15 ai 17 anni – dove rappresentano il 41% di tutte le cause di morte –, dai 18 ai 24 anni (38%) e dai 25 ai 34 anni (25%). Ciò comporta una forte attenzione verso le “stragi del sabato sera” e verso la “straordinarietà” degli incidenti, anche in ragione di un sistema di rilevazione delle cause che amplifica la responsabilità individuale. Ne consegue un processo di rimozione collettiva degli effetti negativi che sono presenti nei modi con cui viene gestita la mobilità fisica delle persone

La mortalità conseguente agli incidenti è solamente uno degli indicatori che possono essere utilizzati per valutare la gravità del problema. Tuttavia, esso appare l'unico elemento su cui si concentrano, influenzandosi a vicenda, la produzione di dati e di

informazioni, il dibattito politico sugli interventi, la discussione mediatica e la percezione sociale del fenomeno. Le conclusioni che si potrebbero trarre, nonostante i ritardi nel confronto internazionale, indicherebbero un miglioramento del livello di sicurezza stradale.

Ma la realtà è molto più complessa, anche se l'assenza di informazioni sulla categoria dei feriti non permette di valutare le condizioni di vita di questa popolazione, distinguendo ad esempio i feriti meno gravi da quelli più gravi. Ma è l'intero dibattito sulla sicurezza stradale che sembra trascurare l'esistenza di persone che sopravvivono agli incidenti ed i costi individuali e sociali ed esse collegati. Chi riporta menomazioni gravi, così come la famiglia in cui vive o dove torna a vivere, passa attraverso una ridefinizione complessiva delle proprie prospettive di vita: sul piano delle attività che può continuare a svolgere o di cui deve cominciare ad occuparsi; sul piano dei contesti relazionali in cui si può o si deve inserire; sul piano dell'identità.

La nostra indagine – frutto dell'input proveniente dalla *Fondazione Adecco per le Pari Opportunità* – intendeva far luce proprio su alcuni aspetti rilevanti della categoria dei feriti. Vista l'impossibilità di delineare un quadro complessivo del fenomeno (quanti e chi sono i feriti più gravi, quanti di essi sviluppano delle disabilità), abbiamo raccolto i dati disponibili di due *case-studies* scelti per la loro rilevanza nella cura degli infortunati: l'Ospedale San Bortolo di Vicenza e l'Ospedale Niguarda di Milano. Inoltre, abbiamo condotto interviste in profondità con dieci persone con disabilità in seguito ad incidenti stradali, con alcuni professionisti della riabilitazione e con rappresentanti delle associazioni che si occupano della riabilitazione e dell'inserimento sociale delle vittime della strada.

I dati dell'Ospedale di Milano ci hanno permesso di valutare l'incidenza dei rischi della mobilità sulle richieste di soccorso sanitario provenienti dall'intera provincia milanese. Nel corso del 2002, i traumi da incidente stradale hanno rappresentato in assoluto il secondo motivo di richiesta di soccorso, di missioni effettuate e di soccorsi effettivamente prestati. In termini percentuali, più del 16% delle richieste di pronto soccorso della provincia ed il 13% dei soccorsi effettuati sono generati da incidenti stradali. È quest'ultimo l'aspetto per noi più significativo, poiché il numero di soccorsi corrisponde approssimativamente al numero dei feriti cui si prestano soccorso e cure, anche se rimangono escluse le persone che giungono alla struttura ospedaliera con mezzi privati. Nel complesso dei soccorsi prestati, i feriti in seguito ad incidente motociclistico

rappresentano circa un terzo del totale, quelli coinvolti in incidenti in bicicletta sono circa il 6% ed i pedoni rappresentano il 10% del totale. L'incidenza di queste "vittime deboli", preoccupante poiché si tratta di persone più esposte a lesioni gravi, ed il coinvolgimento di vittime più anziane sono dati che emergono anche dall'analisi della provincia di Vicenza, ed in ogni caso con maggiore chiarezza rispetto a quelli forniti dalle statistiche ufficiali basate sulle rilevazioni delle Forze dell'ordine.

L'accesso alle informazioni dell'Ospedale di Vicenza ci ha permesso di mettere in luce altri aspetti: il tipo di lesioni prodotte, l'iter terapeutico e le modalità di dimissione. Nel 2002, sono state ospedalizzate 589 persone per traumi da incidente. Tra le lesioni più frequenti vanno comprese le fratture ossee e le commozioni cerebrali. Eccezione fatta per i decessi – che sono stati 14 – il 95% dei pazienti ha fatto ritorno alla propria abitazione, dopo un iter terapeutico che raggiunge alti livelli di complessità, che può richiedere molto tempo (anche 12 mesi) e l'intervento coordinato di diversi specialisti. Il ritorno a casa individua una modalità di dimissione molto frequente per le vittime da incidente stradale, indipendentemente dalla gravità del danno subito.

Per quanto riguarda le politiche sanitarie ed assistenziali, emergono tre ordini di problemi. In primo luogo, la riabilitazione per i traumi più gravi necessita di consistenti investimenti strutturali. La cura delle vittime della strada si scontra quindi con la disuguaglianza sociale poiché la distribuzione nazionale dei centri riabilitativi specializzati penalizza notevolmente le regioni meridionali, generando processi migratori a tutto svantaggi dei nuclei familiari con meno risorse. In secondo luogo, i traumi più gravi espongono la persona ad una complessiva ridefinizione di sé stessa. La relazione paziente-medico si riveste di significati che vanno al di là dell'aspetto riabilitativo-organico. Il paziente deve essere accompagnato nel processo di ridefinizione di sé che richiede un forte sostegno psicologico. Tuttavia, a fronte della difficoltà nel rispondere a queste richieste da parte del personale addetto alla cura, le politiche sanitarie sembrano andare verso il potenziamento delle tecnologie a scapito del sostegno alla relazione tra il personale infermieristico-medico ed il paziente. Il terzo problema riguarda la strutturazione complessiva delle responsabilità di cura nel quadro del sistema di welfare. Il caso delle persone con disabilità in seguito ad incidente stradale mostra in maniera particolarmente evidente come le principali responsabilità siano assegnate alle famiglie ed alle

reti di solidarietà privata il cui coinvolgimento finisce per svolgere fondamentali funzioni pubbliche.

Le interviste in profondità ad alcune persone con disabilità inseguito ad incidente ci ha permesso di far luce sui mutamenti nella loro vita quotidiana ed in quella dei loro familiari, sui modi e sulle strategie per farvi fronte e sulle difficoltà incontrate.

La riabilitazione in ospedale è un processo più o meno lungo, che dipende dal tipo di lesione, dall'insorgere di complicazioni mediche e da variabili individuali che incidono nell'apprendimento dei nuovi schemi motori e nell'acquisizione degli obiettivi proposti dai terapeuti. In ogni caso, si tratta di un periodo caratterizzato dall'incertezza circa il proprio futuro, situazione che risulta difficilmente tollerabile. Infatti, l'entità della menomazione e la qualità della capacità residue sono elementi che si definiscono in maniera progressiva, con intervalli di tempo considerevoli. La condizione di incertezza è amplificata dal fatto che il traumatizzato perde il controllo sul proprio corpo, controllo che viene esercitato prioritariamente dal personale ospedaliero. La riappropriazione della dimensione corporea è anch'esso un processo lento, che passa attraverso la dipendenza dai terapeuti e dai familiari.

La fase riabilitativa ospedaliera si basa sul recupero e sul potenziamento della abilità residue. I terapeuti occupazionali ed i fisioterapisti lavorano assieme al traumatizzato per fargli guadagnare una postura adeguata, per ripristinare fin dove possibile la funzionalità motoria e, soprattutto, per prepararlo alla cura di sé nella vita quotidiana. Si tratta dunque di imparare a mangiare, a vestirsi, ad usare i supporti e così via. Per il traumatizzato, ciò non determina solo un processo di apprendimento di "tecniche" adattive, ma innanzitutto una conoscenza della nuova situazione, dei limiti e delle necessità di riadattamento che essa implica. Il lavoro di riabilitazione deve prendere in considerazione più livelli, dall'aspetto di risocializzazione della persona infortunata, alla ristrutturazione del contesto di vita fino alla mobilitazione dei servizi socio-sanitari locali. Il riadattamento del contesto di vita riceve un primo e fondamentale stimolo durante la fase di ospedalizzazione, ed è considerato un indicatore estremamente significativo nella decisione di dimettere la persona infortunata. Questi aspetti mettono in luce il forte coinvolgimento della famiglia nella cura della persona con disabilità, determinando spesso riassetamenti nella struttura del nucleo (abbandoni, ricongiungimenti) e nel modo con cui i membri – soprattutto le donne – gestiscono l'equilibrio tra lavoro per il mercato e lavoro di cura. Per contro, emerge la

mancanza di adeguati supporti, sia in termini di servizi che di informazioni, per garantire un livello di vita soddisfacente ed adeguato alle esigenze mediche e di integrazione sociale. In modo particolare, salta agli occhi la mancanza di strutture di cura “dedicate” nel caso in cui la famiglia del traumatizzato non potesse essere coinvolta. Per questi aspetti non sembra esagerato parlare di un abbandono della persona con disabilità alle sue risorse private.

Gli effetti del trauma sulle strutture identitarie sono particolarmente evidenti. L'improvviso e brusco processo di ridefinizione del sé passa attraverso due fasi interrelate. La prima fase si caratterizza principalmente per la messa in questione delle basi dell'identità che, fino a quel momento, venivano date per scontate. Il trauma, infatti, obbliga le persone infortunate a ridefinire il rapporto con il proprio corpo, e questo processo inizia dalla scoperta – dolorosa – del fatto che i movimenti e le funzioni che si ritenevano “naturalisti” e scontati non possono più essere considerati tali. Si tratta di una frantumazione delle certezze acquisite nel senso più vasto del termine, poiché ad essere messa in questione è la mediazione fisica e corporea del proprio rapporto con le attività quotidiane. Ciò corrisponde ad un ripiegamento della persona traumatizzata su sé stessa, ed il bisogno di mettersi alla prova per verificare la propria funzionalità non può mai dirsi completamente estinto. È in queste circostanze che la relazione con il personale riabilitativo e medico è di primaria importanza.

La seconda fase del processo di ridefinizione del sé si caratterizza maggiormente per le relazioni con l'ambiente esterno. Un primo aspetto che emerge consiste nell'espulsione dal gruppo dei normodotati. La persona traumatizzata, cioè, finisce per essere interpretata come un soggetto bisognoso di aiuto, dipendente, incapace di svolgere le più elementari funzioni. Essa non viene riconosciuta nelle sue potenzialità, abilità ed, in generale, per come si definisce.

D'altra parte, la persona traumatizzata è costantemente impegnata nella ricerca di un riconoscimento. Sembrano essere tre i contesti in cui questo riconoscimento è cercato con forza: l'attività sportiva, le relazioni affettive e sessuali ed il contesto occupazionale. Se nel caso dell'attività sportiva il riconoscimento viene spesso trovato, il successo negli altri due contesti è più difficile ed incontra più ostacoli. In particolare, è l'integrazione nel mondo del lavoro il nodo più problematico. Molto dipende dal tipo di occupazione che si aveva prima dell'incidente e dalle risorse che la persona è in grado di mobilitare per una eventuale riqualificazione professionale e

quindi per una ricollocazione nel mercato del lavoro. In alcuni casi è possibile tornare a svolgere il lavoro che si faceva prima dell'incidente; in altri, data la giovane età, si conclude il periodo di scolarizzazione e dunque si cerca una collocazione lavorativa adeguata alle proprie capacità. In molti altri ancora, le lesioni subite portano ad un abbandono del posto di lavoro ed alle conseguenti necessità di ricollocamento. In ogni caso, anche per chi torna al lavoro di prima, l'aver subito un trauma invalidante obbliga ad affrontare una ridefinizione della propria vita occupazionale.

Un adeguato inserimento o reinserimento occupazionale non rappresenta solo un'opportunità per trovare una conferma di una positiva immagine di sé, ma anche per mantenere un adeguato livello di sussistenza. Nel fronteggiare le difficoltà di collocamento e di ricollocamento professionale è estremamente rilevante l'aiuto fornito dai servizi sociali e, soprattutto, dalle associazioni che lavorano a stretto contatto con le vittime della strada. Ancora una volta, uno degli ostacoli principali è rappresentato dalla carenza di corrette informazioni e sostegno circa i diritti e le modalità per poterli esercitare autonomamente. Ma gli ostacoli che si incontrano nell'inserimento lavorativo sono molti e di diversa natura. I rapporti con il mondo del lavoro sono spesso segnati da processi di espulsione e di marginalizzazione, soprattutto per le persone meno giovani e con minori risorse in termini di capitale sociale. Le cause di tali difficoltà vanno ricercate in diversi fattori, quali l'andamento del mercato del lavoro ed i problemi nell'incontro tra domanda ed offerta occupazionale, ma anche nella debolezza delle misure di integrazione che vengono attivate in sede istituzionale. In un contesto come questo, l'attività di intermediazione e di accompagnamento delle associazioni del terzo settore riveste una importanza primaria. Non si tratta solamente di favorire il contatto tra la persona disabile ed il mondo del lavoro, ma anche e soprattutto di contribuire alla riqualificazione professionale di chi ha subito l'incidente e di interagire con i referenti dell'ambiente di lavoro in vista dell'avvicinamento reciproco di tutti i soggetti coinvolti.

Conclusioni

La discussione dei rischi della mobilità dalla prospettiva delle vittime che sopravvivono ad un incidente stradale solleva una serie di questioni che, stando al dibattito attuale, restano aperte. La produzione di informazioni sulla sicurezza stradale, l'implementazione di interventi di contrasto e la loro valutazione non sembrano ancora in grado di tenere nella giusta considerazione la realtà dei feriti e dei loro contesti di vita. L'impressione che emerge è quella di un evidente processo di rimozione collettiva dei rischi insiti nel modo in cui sono gestite le esigenze di mobilità fisica delle persone.

La gestione dei traumi che la mobilità produce sulle sue vittime appare un aspetto trascurato, tanto nella discussione pubblica del problema della sicurezza stradale quanto nel panorama delle misure di politica sociale. La cura, la riabilitazione e l'integrazione sociale di chi sopravvive riportando menomazioni disabilitanti devono far fronte ad una serie di difficoltà insite nel nostro sistema di solidarietà collettiva. In primo luogo, abbiamo visto come l'assistenza sanitaria a queste persone si scontri con le strutture della disuguaglianza sociale. Unitamente alla considerazione di un elevato livello di "familiarizzazione" delle responsabilità di cura, ciò si traduce in enormi svantaggi per chi non dispone di sufficienti risorse materiali e relazionali. Inoltre, dal nostro lavoro emerge come il processo di complessiva ridefinizione delle prospettive di vita delle vittime più gravi mostri tutta l'inadeguatezza del modello biomedico e delle politiche sanitarie ad esso ispirate, basate su una sempre maggiore tecnicizzazione ed impersonalità della prassi terapeutica.

Nel complesso, l'emersione di queste difficoltà e l'analisi della vita delle persone con disabilità in seguito ad incidente stradale non ci consentono di guardare al futuro con la stessa fiducia delle analisi che si limitano a discutere la sicurezza stradale attraverso gli indici di mortalità.

Rispetto ad un passato recente, la condizione delle persone con disabilità è sicuramente mutata dal punto di vista del modello di integrazione. Le persone meno giovani che abbiamo intervistato ci hanno raccontato che fino a dieci o quindici anni fa per loro era molto più difficile uscire di casa, trovare un lavoro, allacciare o mantenere delle relazioni significative. Da questo punto di vista, il presente ed il futuro sembrano in grado di offrire alle vittime della strada con disabilità un contesto socio-culturale più ospitale.

Per altro verso, l'organizzazione delle politiche sociali non sembra ancora aver elaborato lo smantellamento di un modello di integrazione basato sulla marginalizzazione delle persone con disabilità. Anzi, il ruolo e le responsabilità assegnate alle reti familiari nella cura delle vittime della strada, così come la loro invisibilità nel quadro dei servizi alla persona, sembrano tracciare una linea di continuità rispetto al passato. Anche l'emergere di servizi "dedicati" nell'ambito del terzo settore appare più come un tentativo di supplire a questa situazione piuttosto che come un investimento strutturale per far fronte ai rischi legati alla mobilità fisica delle persone.